

## 〈セッションIII〉

座長：幸 英夫（獨協医科大学）

## ビ デ オ

## 15. 当院におけるロボット支援前立腺全摘除術—腹膜外アプローチの経験

岡 大祐, 中嶋 仁, 牧野 武郎  
悦永 徹, 齊藤 佳隆, 竹澤 豊  
小林 幹男 (伊勢崎市民病院 泌尿器科)

ロボット支援前立腺全摘除術は経腹膜アプローチが一般的だが、症例によっては腹膜外アプローチが望ましい場合がある。2016年3月～2016年5月に行った、当院での腹膜外アプローチ初期経験7例を報告する。体位は仰臥位10～25度頭低位とし、臍下に皮膚切開を加え、支指で鈍的に腹膜外腔を剥離の上、バルーンダイレータで拡張。カメラポートを留置し左側に12mmポート2本、右側に12mmポート1本と助手用12mmポート1本、5mmポート1本を留置した。腹膜外アプローチを選択した理由は腹部手術歴が4例、脳動脈瘤1例、緑内障1例、心機能障害1例であった。7症例のうちD, Amico分類でintermediate risk 4例、high risk 3例。手術時間は189分(中央値)、コンソール時間は162分(中央値)、尿込みの出血量は100ml(中央値)、断端陽性は3例、周術期に重篤な合併症は認めなかった。

腹膜外アプローチは、安全に施行可能であり、経腹膜アプローチが困難な症例に対して、有効な選択肢と思われる。

## 16. ロボット支援腎部分切除術の初期経験

竹澤 豊, 岡 大輔, 中嶋 仁  
牧野 武郎, 悦永 徹, 齊藤 佳隆  
小林 幹男 (伊勢崎市民病院 泌尿器科)  
服部 一紀 (聖路加国際病院)

症例：40歳台、男性。検診で右腎腫瘍を指摘。上極外側に2cmの充実性腫瘍。T1aNOm0, R. E. N. A. L. スコア：4p。尿管カテーテルを留置。完全側臥位。カメラポートは臍横、傍腹直筋に造設。ダビンチ用ポートを2本、助手用ポートを2本、肝挙上用ポートを設置。ロボット右手にモノポーラーシザーズ、左手にバイポーラーメリーランド鉗子を利用。腸管と肝を授動。腎動脈を同定し剥離。腎被膜を露出し、ロボット用超音波プローブを入れ、腫瘍の部位を同定。モノポーラーシザーズの凝固で切除ラインをマーキング。助手がブルドック鉗子で腎動脈を遮断。腎実質を切除。腎実質の血管断端を凝固。腎杯を3-0吸収糸で閉鎖。腎実質は2-0吸収糸を使い、スライディングクリップ法で連続縫合。血流遮断時間は29分。術後合併症なし。病理は淡明細胞癌。ロボット支援腎部分切除術は腫瘍切除、止血、縫合が確実に、有用な手段である。

## 17. 後腹膜アプローチによる体腔鏡下透析腎癌摘除術

木村 貴明, 清水 俊洋, 黒澤 明  
南木 浩二, 八木澤 隆  
(自治医科大学腎

泌尿器外科学講座腎臓外科学部門)

【はじめに】 現在わが国の透析患者数は32万人を超え、透析患者全体が高齢化している。透析腎癌は通常の20倍と高率に発症している。透析腎癌の特徴は多嚢胞性と萎縮性が挙げられる。今回、透析腎癌に対する後腹膜アプローチ根治的腎摘除術の有効性を紹介する。【方 法】 側腹部3ポートで手技を行う。後腹膜を拡張し、外側円錐筋膜を切開後、腎周囲脂肪ごと腎臓を剥離する。十分に剥離したところで、尿管を剥離切断する。その後腎動静脈を剥離切断する。腎臓を遊離したらPfannenstiel切開を置き、Ed-noCatch II TMで対外に取り出す。【まとめ】 操作腔の狭さが難易度の上昇に繋がっている後腹膜アプローチだが、萎縮した透析腎癌には有効な手技と考えられる。

## 臨床的研究

## 18. 黒沢病院脳卒中センター開設早期における下部尿路症状診療の現状

曲 友弘, 佐々木隆文, 林 拓磨  
狩野 臨, 小倉 治之, 黒澤 功

(社団美心会黒沢病院 泌尿器科)

【はじめに】 2014年7月より脳卒中センターが開設され、患者発生の段階で脳外科病棟看護師がメールで連絡、対応する形式とした。【対象と方法】 現在の診察形式以降の症例を対象とした。年齢、原疾患、LUTS、当科の治療等について検討した。【結 果】 2016年5月までに133例の診察依頼があった。年齢は30-98(中央値80)歳であった。疾患は脳梗塞69例(52%)、脳出血24例(18%)、クモ膜下出血10例(8%)などで、LUTSは排尿困難63例(47%) (尿閉57)、頻尿54例(41%)などであった。治療は、経過観察が18例見られ、尿閉50例中38例(62%)でカテーテル離脱できた。【まとめ】 脳外科医師の依頼がなくても、看護師等の判断で診察依頼可能なシステムが構築された。医師の目が届きにくい現場の意見がより反映されると同時に、迅速な対応が可能となった。